

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

953

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claudine, Marianne FALCK

Née le 26 Février 1931, à PARIS

présentée et soutenue publiquement le

CONSIDÉRATIONS
SUR LA MÉLANCOLIE
ET LES POSSIBILITÉS OFFERTES
DANS CETTE AFFECTION
PAR LA PSYCHOTHÉRAPIE
ET LA PSYCHO-CHIRURGIE

Président : Monsieur J. BAUMANN (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS - VI*

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Claudine, Marianne FALCK

née le 26 février 1931 à P A R I S

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--



CONSIDERATIONS

SUR LA MELANCOLIE ET

LES POSSIBILITES OFFERTES DANS CETTE
AFFECTION PAR LA PSYCHOTHERAPIE ET LA PSYCHO-CHIRURGIE

--

Président : Monsieur J. BAUMANN (Professeur)

--

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1958.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CHABROL, CHAMPY, CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD, HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL, TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. } et aux Sports	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
	(Hôtel-Dieu MENEGAUX
Clinique Chir.	(Salpêtrière MOULONGUET
	(Cochin QUENU
	(Beaujon SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop.	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et } d'orthop.	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques	DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET
Clinique des Maladies mentales et } de l'encéphale	DELAY

MM.

Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	} BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
Cliniques Médicales	{ BARIETY
	{ JUSTIN-BESANÇON
	{ MOREAU
	{ de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique Médicale Propédeutique	{ PASTEUR-VALLERY
	{ RADOT
Cliniques Obstétricales	{ LANTUEJOUL
	{ VARANGOT
	{ LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique Ière Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd.Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path.expérimentale et comparée	LENEGRE
Path.Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut.générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N..
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie Médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	(GABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G. Melle GAU- THIER V. BUSSE GOUYGOU CHRISTOL NEVOT BOURLIERE ETTORI POLONOVSKI J.	Pat.chir.	(DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB OLIVIER (Cl.) POILLEUX THOMERET VERNE (J.M.) MAURICE LOEPER BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHE MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT FERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFROMM (POLONOVSKI Cl.) MOZZICONACCI JOSEPH Melle LEVY BARGETON DEJOURS PARROT (DJOURNO GOUGEROT KREIS BARUK PICHOT
Ana.Path.		Pat.expéri- ment.	
Bactério- logie		Path.Méd.	
Biol.Méd.			
Chimie Méd.			
Dermato-syph			
Embryologie			
Histologie			
Hydrologie			
Hygiène			
Mal.infect.			
Médecine)			
légale et			
du Trav.)			
Neurochir.			
Neurologie			
Obstétrique			
Ophtal- mologie)			
Orthopédie			
Oto-rhino- laryngol.)			
Parasito.			
Parasito col.			
Path.chir.			

MM.
 Psych.infant.N...
 Rhumatologie...DELBARRE
 Stomato.....{CHAPUT Mme
 {CERNEA

MM.
 Urologie.....KUSS
 Thérapeut.....CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.
 {AMELINE
 {HUGUIER
 Clin.Chir.....{LEGER
 {PADOVANI
 {ROUX
 Clinique) { ECALLE
 obstét.) { MAYER
 Clin.opht. OFFRET

MM.
 Urologie.....N...
 {DREYFUS
 Clinique Me {HAGUENAU
 {KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
 Conservateur Melle GOICHON
 {Melles DUMATTRE
 Bibliothécaires {LE NOIR
 {LAURENT
 {QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs et
 qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

A la Mémoire de mes Parents

A tous les Miens

A mes Amis

A Monsieur le Professeur J. BLUMANN

Professeur d'Anesthésiologie à la
Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Qu'il nous soit permis de lui
exprimer notre respectueuse
gratitude.

A Monsieur le Professeur H. BARUK

Qui nous a accueillie dans
son service.

En témoignage de reconnaissance.

A mes Maîtres des Hôpitaux et de la Faculté
de Médecine de Paris.

CONSIDERATIONS
SUR LA MELANCOLIE ET
LES POSSIBILITES OFFERTES DANS CETTE
AFFECTION PAR LA PSYCHOTHERAPIE ET LA PSYCHO-CHIRURGIE

-:-

De nombreux travaux ont été faits concernant la mélancolie et envisageant tant les points de vue structural que dynamique. Néanmoins, la plupart des psychiatres semblent vouloir ignorer les conceptions nouvelles et pensent avoir épuisé le problème de la mélancolie en mettant en cause les seuls facteurs organiques et constitutionnels dans la genèse des épisodes périodiques. Quant aux possibilités thérapeutiques, elles apparaissent pour beaucoup comme simplement limitées à l'électro-choc qui, effectivement, peut fréquemment raccourcir les épisodes de façon valable.

Il nous semble curieux que l'aspect à proprement parler psychologique de la mélancolie retienne assez peu l'attention alors que l'intérêt pour la schizophrénie envisagée sous cet angle va croissant. Plusieurs études sur ce sujet mettent en lumière l'effort de compréhension d'un point de vue dynamique du comportement absurde du schizophrène, tandis que le mélancolique bénéficie beaucoup moins de l'intérêt psychothérapique, lui qui pourtant manifeste des états d'âme apparemment compréhensibles, éprouvés plus ou moins par chacun de nous. Cette attitude en face du mélancolique s'explique lorsque l'on constate qu'il est, en fait, très peu accessible au colloque en raison des défenses qu'il élève, défenses qui visent à obtenir des gratifications narcissiques. Ce faisant, il met le psychiatre à rude épreuve et le déçoit beaucoup plus que le schizophrène. C'est là peut-

être qu'il faut voir l'explication de l'attitude dont nous parlions plus haut : se limiter à un point de vue purement organiciste de la mélancolie.

Annoncée du Plan

Nous allons envisager le problème de la mélancolie sous différents aspects :

- 1 Concept d'organicité à la lumière des nouvelles données psychopathologiques.
- 2 Analyse phénoménologique et structurale de la mélancolie.
- 3 Considérations psychanalytiques sur la mélancolie. Chapitre au cours duquel nous envisagerons rapidement les rapports entre deuil et mélancolie.
- 4 Enfance du mélancolique.
- 5 Psychothérapie.
- 6 Considérations sur la psycho-chirurgie.
- 7 Conclusions.

CONCEPT D'ORGANICITE
A LA LUMIERE DES NOUVELLES DONNEES
PSYCHOPATHOLOGIQUES

-:-

Les études anatomo-pathologiques visant à trouver une atteinte et des localisations spécifiques au niveau de l'encéphale, comme les études bio-chimiques ont donné des résultats aussi contradictoires que variés et il ne semble pas, pour l'instant du moins, qu'on puisse retenir là quelque aspect constructif. C'est du moins la conclusion de Bellak au terme d'une étude exhaustive sur la question.

Il semble plus judicieux de parler d'une atteinte globale des fonctions psychiques, lesquelles auraient pour substrat la troisième substance, dont Lhermitte parle en tant que "principe d'intégration matérielle, une substance équipotentielle, ubiquitaire, douée de grande plasticité". Il y aurait donc dans les maladies mentales une prédisposition allant de pair avec une déficience de cette substance. Toutefois par prédisposition il ne faut pas systématiquement entendre seulement une base constitutionnelle ou héréditaire, mais encore le vécu précoce des patients. C'est ainsi que des expériences infantiles laissent dans la personnalité des marques profondes "presque constitutionnelles" de nature carenentielle et déficitaire, dit Racamier. Tant ces expériences que les facteurs physiques, qui interviennent au cours du développement,

peuvent provoquer le retard d'une fonction psychique, retard qui, selon le contexte vécu, provoque une intégration anormale. Même si ultérieurement le développement reprend son cours, ce déficit d'intégration se solde par une immaturité latente qui peut se manifester si les circonstances nécessitent une maturité que le sujet n'a justement pas (Rouart).

Qu'il s'agisse de marque presque constitutionnelle pour Racamier ou de facteurs biologiques selon Rouart, c'est toujours à la faveur des événements extérieurs que se manifestent les troubles.

Ces mêmes circonstances extérieures influent de plus sur la composante physique de l'individu, comme le prouvent les manifestations psycho-somatiques.

C'est ainsi que certains auteurs (Klein, Fromm-Reichmann) pensent que lorsque l'enfant établit ses premières relations objectales, il réagit de façon élective à l'attitude de la mère et que dans une atmosphère de tension, d'angoisse ou de froideur, il présentera des troubles digestifs pouvant aller jusqu'à une issue fatale. Il n'est plus besoin d'insister sur les répercussions catastrophiques que peuvent avoir les carences affectives ; dans ce cadre, Spitz rapporte des observations de dépressions anaclitiques chez des enfants séparés trois mois d'affilée de leur mère avant l'âge de 11 mois. Ces enfants présentent des troubles du développement et une lenteur dans les réponses aux stimuli. Ribble souligne la nécessité pour l'enfant d'être soumis à toutes les stimulations liées à l'activité maternelle : qu'elles soient visuelles, cutanées, etc..."L'enfant qui n'est pas caressé dépérit comme le chaton qui n'est pas léché vomit et respire mal". On constate

en effet des perturbations du développement somatique, une résistance diminuée aux infections, un Q.I. abaissé, etc...

Parmi plusieurs travaux expérimentaux, il faut citer Aubri qui dans des études très poussées confirme, avec démonstrations cliniques à l'appui, l'influence des frustrations sur le développement physique et psychique de l'enfant. L'auteur dit que si l'enfant est privé d'affection après l'âge de 2 ans et demi le trouble peut conserver un caractère purement réactionnel et être réversible sous l'action du traitement, mais que la carence d'amour maternel est une maladie chronique à évolution progressive qui peut ultérieurement être concrétisée par des lésions physiques permanentes. La période allant du 1er au 15ème mois est cruciale pour la constitution du moi.

En continuant l'examen des facteurs "organiques", il faut dire quelques mots sur la périodicité, quoique cet aspect de la question ne soit pas l'objet de notre travail.

On a dit longtemps que ce symptôme est le signe principal de la psychose endogène par opposition à la psychose réactionnelle ; mais, comme dit Litvak, la périodicité n'a pas de caractère suffisant pour servir de base à une nosologie ; en plus aujourd'hui dans notre pratique nous observons plusieurs cas qui ne sont pas typiques dans leur périodicité.

"Dans un grand nombre de cas, il s'agit de psychoses périodiques acquises de nature psychosomatique qui peuvent être soignées si on en connaît les causes. D'autres cas au contraire évoluent vers la schizophrénie" (Litvak). Le Mappian affirme que l'épisode morbide éclate dans des circonstances particulières et s'ins-

talle dans une certaine Gestalt. "Les déprimés se ressemblent seulement en apparence et pour chacun nous devons considérer toute son histoire". Plusieurs auteurs, tout en admettant l'existence de facteurs constitutionnels prédisposants, reconnaissent que les épisodes psychotiques surviennent précipités par des situations précises. Ces facteurs précipitants sont présents d'après Noyes dans 4/5 des cas et d'après certains auteurs le terrain organique, tout en ayant une influence, est moins important que le facteur psychologique (Noyes, Brown).

La périodicité dans sa forme typique se rencontre rarement ; il y a, comme nous l'avons déjà dit, des facteurs psychologiques déclenchants, mais il y a encore un point qu'il faut souligner, à savoir qu'on voit souvent, peut-être en conséquence des thérapies de choc, que le patient après une amélioration de début tombe dans un état dépressif avec cortège important d'éléments névrotiques qui résistent à toute thérapie organique.

Ces faits posent essentiellement deux problèmes :

- Aurait-il été possible de soigner d'une façon différente le malade ou aurait-il été possible d'associer aux chocs une psychothérapie ?

- Les modifications de la structure psychologique sont-elles le résultat de la sismothérapie grâce à laquelle le contact devient possible permettant la mise en route d'une psychothérapie ? Ce sont des questions auxquelles on ne peut pas répondre avec désinvolture et nous en avons parlé seulement pour signaler que le problème est beaucoup plus complexe qu'il n'apparaît à première vue et que le facteur de périodicité n'est pas du

tout un symptôme comparable à la fièvre intermittente, mais que c'est un problème qu'il faut étudier d'un point de vue dynamique et structurel.

L'hérédité également comme la constitution ne serait pas un élément de fatalité pour le pronostic contrairement à ce qu'on affirme depuis longtemps.

D'après Brown, l'hérédité est seulement apparente du fait que le sujet répète la maladie des parents par des mécanismes d'identification. La constitution picknique, d'après cet auteur, ne prédispose pas à la mélancolie et peut seulement influencer le choix de la psychose lorsque le sujet fera une maladie mentale. Bowlby aussi pense que le milieu est plus important que le facteur héréditaire parce que frustration engendre frustration. La prédisposition héréditaire ne suffit pas pour provoquer une maladie. Bellack est d'accord avec plusieurs auteurs pour exposer un point de vue selon lequel il n'y aurait pas une hérédité sûre mais on peut seulement dire que chez quelques familles il y a une probabilité plus grande que la psychose éclate, ce qui ne doit pas être considéré comme quelque chose de fatal parce qu'il faut beaucoup d'autres facteurs pour déclencher la maladie et le facteur héréditaire n'en est qu'un parmi les autres.

D'après Sadler il y aurait deux types de mélancolie : l'un constitutionnel chez lequel les crises relèvent presque exclusivement de la prédisposition et un type "escape" qui exploite une tendance héréditaire pour, face au stress, fuir la réalité. Federn pense que dans la mélancolie il y a un facteur prédisposant sur une base anatomique et biochimique sur laquelle se greffe une baisse de la tolé-

rance à la douleur psychique. Il affirme que l'hérédité ne détermine pas la maladie mais que ce rôle est dévolu à la violence du traumatisme. Comme preuve de l'importance de ce facteur traumatique l'auteur insiste sur les succès pratiques qu'il a obtenus.

Bychowski fait en quelque sorte la synthèse de ces points de vue en disant "un état dépressif peut être provoqué par un facteur purement psychogène ou par un facteur biologique, infection ou autre. Dans la plupart des cas nous devons admettre une combinaison des facteurs tant psychiques et physiques, exogènes et endogènes".

En résumé, les études envisageant le problème tant du point de vue organique qu'héréditaire n'ont pas apporté une contribution capitale à une vue approfondie de la psychose dépressive.

Disons un mot encore sur la périodicité. En fait dans les formes qui nous intéressent c'est la répétition des accès que nous voulons envisager comme résultat d'une réactivité anormale face aux événements extérieurs. Cette réactivité anormale peut évidemment avoir, dans une certaine mesure, une base organique, mais d'autres éléments sont de grande importance : nous faisons allusion ici à l'importance de l'influence des premières relations objectales sur la structuration de la personnalité.

ANALYSE PHENOMENOLOGIQUE ET
STRUCTURALE DE LA MELANCOLIE

-:-

Comme nous venons de le voir, la structure de la mélancolie est fort complexe et il nous semble indispensable de l'envisager, rapidement au moins, en tant que prémisse à toute considération psychothérapique. Le concept de trouble de l'humeur, cher aux classiques, nous semble être une expression de la modification de la structure. Henri Ey, qui dans son tome trois, fait une étude de la phénoménologie de la mélancolie, dit : "l'humeur est une qualité globale et complexe de la conscience. Ce trouble de l'humeur représente pour Le Mappian "un phénomène subjectif, c'est-a-dire un phénomène secondaire aux réactions déclenchées par les "phénomènes objectifs" qui, eux, constituent l'essence de la dépression. Parmi ces symptônes objectifs le plus important est la baisse de l'activité psychique sous toutes ses formes :

- difficulté de penser
- " " se concentrer
- " " soutenir son attention.

Il en découle un sentiment d'incomplétude, d'irréalité et d'impuissance qui provoque une "façon spéciale de vivre l'inhibition". Ey souligne, quant à lui, que le mélancolique se rétracte, qu'il lui est impossible de s'ouvrir, de rayonner, d'espérer. Chez de tels sujets la conscience vit profondément la vanité de l'action, l'impuissance à vivre

et le besoin de ne pas exister.

Toutes les études phénoménologiques et en particulier celles de Minkowsky, Strauss, Digo, concluent par la mise en lumière de ce repli de la conscience, cette impossibilité de s'épanouir, d'agir et en un mot sur ces états particuliers d'inhibition. Ces travaux mettent en évidence l'importance de l'attitude très particulière de ces patients en face du temps : la conscience est orientée vers le passé, il n'existe pas d'avenir. Le temps s'écoule extérieur à la vie du malade, de façon inexorable, le marquant seulement par un sentiment de perte irrémédiable. La vie dans son devenir n'a pas de sens et le passé, lui, ne prend aucune distance. Le temps l'opprime par son uniforme ennui exaltant le sentiment de la vanité de l'action. Le malade est enchaîné à son destin passé et jamais liquidé. Il éprouve à la fois un sentiment de malheur et de culpabilité car il a l'impression d'avoir mérité ce malheur. Cependant, comme le dit Ey, il ne s'agit pas de la mauvaise conscience du pécheur, car la morale du mélancolique a un caractère artificiel. C'est une caricature de la faute avec un aspect fantastique et ineffable dont les images macabres, les scènes funèbres qui constituent la trame imaginaire du monde mélancolique sont la traduction.

Sommer, à propos du besoin de souffrance du mélancolique exprimé par l'auto-accusation, souligne l'absence du repentir. Jamais le malade ne propose de réparer ses fautes ; ce qu'il désire c'est d'être chatié. Qu'il s'agisse de remord ou de regret, le malade vit le présent en fonction du passé. L'anxiété en face de l'avenir révèle un sentiment intime d'insuffisance et de peur vis-à-vis de l'action. D'après cet A. dans la mélancolie

il y a à la fois bouleversement et répression des instincts d'où un malaise intérieur dû à l'exaltation de l'instinct de mort et à une exacerbation de l'ambivalence de cet instinct. Pour lui le malade se trouverait dans une situation ambiguë et contradictoire qui menace son unité intérieure.

Pour nous résumer, disons donc que le tableau mélancolique est dominé par l'inhibition. Cette inhibition se manifeste dans le rétrécissement du champ de la conscience et le repli sur soi du sujet qui n'est pas en mesure de s'adapter au rythme normal de la vie. Il nie toute signification aux valeurs vitales et tout ceci concourt à un état de désespérance. Ceci nous conduit à penser que le trouble de l'humeur, cher aux classiques, constitue seulement un symptôme parmi d'autres dans un cadre complexe. Douleur et trouble de l'humeur servent à exalter de façon dramatique le sentiment de détachement à l'égard du monde et des valeurs de l'action. On voit ici ce qui différencie ces patients des névrotiques qui intègrent leurs symptômes à l'intérieur d'un système de valeurs.

Nous venons de parler d'exaltation des instincts, d'ambivalence, de répression employant ainsi le vocabulaire de la psychanalyse et nous allons voir en effet que psychanalyse et phénoménologie se complètent mutuellement. En effet la psychanalyse explique les mécanismes à travers lesquels se manifestent les phénomènes que nous venons de décrire.

CONSIDERATIONS PSYCHANALYTIQUES

--

Le noyau central de la mélancolie est constitué par la perte d'un objet, qui peut être un objet extérieur, un idéal intérieur, une aspiration, etc...

Freud dans son travail sur "Deuil et mélancolie" étudie les rapports qui existent entre eux. Dans le deuil normal le sujet arrive petit à petit à réinvestir sa libido sur des objets nouveaux tandis que, dans la mélancolie, le caractère narcissique de la relation empêche le détachement de l'objet initial. Le patient est incapable de supporter la frustration et incorpore l'objet perdu. Le détachement constitue une offense narcissique, ce qui accentue au maximum l'ambivalence de la relation avec l'objet incorporé. Si bien que les autoaccusations faites par le patient sont en fait des accusations visant l'objet aimé intériorisé. Ce ressentiment et cette agressivité provoquent un sentiment de faute et exacerbent le regret de la perte de la personne aimée.

La douleur causée par la perte dans la mélancolie répète une situation connue de l'enfance. La première perte s'est produite à une époque de la vie où l'ambivalence était au maximum. Le patient a subi des blessures narcissiques de la part de ses parents à une période où le moi était tout orienté vers l'oralité. L'abandon par l'objet représente

alors une atteinte à l'estime de soi de sorte que le sujet a un besoin immédiat de récupérer l'objet aimé et l'estime de soi. La tendance à la dépression relèverait des fixations orales qui déterminent un mode particulier de réaction aux blessures narcissiques.

Abraham décrit comme suit la genèse du mécanisme de la mélancolie : frustration par la perte de l'objet aimé, haine et expulsion sado-anale de l'objet, enfin réincorporation sado-orale. Il soutient que la mélancolie résulte de la présence de plusieurs facteurs étiologiques qui doivent être tous présents pour qu'elle se déclenche. A savoir :

1 - Un facteur constitutionnel qui n'est pas une prédisposition directe à la mélancolie, mais une accentuation de l'érotisme oral.

2 - La fixation de la libido au niveau oral. Il s'agit de sujets qui ont un immense désir de satisfaction de ces zones érogènes et qui réagissent avec violence aux frustrations dans ce domaine.

3 - Une blessure grave du narcissisme infantile due à une désillusion : l'enfant a senti qu'il était le préféré de la mère et ultérieurement il a été déçu.

4 - La première désillusion grave s'est produite avant que n'aient été dépassés les désirs oedipiens.

5 - Une répétition dans la vie ultérieure de la désillusion.

Comme le dit Fromm-Reichmann le mélancolique vit continuellement le danger de perdre l'objet parce que c'est l'objet qui soutient son

moi et remplit son vide. Chez le schizophrène au contraire, qui éprouve une sensation de perte du moi et de fin du monde, il n'existe pas cette angoisse de la perte de l'objet, comme s'il n'y avait même pas la notion de relation objectale. Car le distinguant du schizophrène, le mélancolique a connu pendant une certaine période des relations objectales satisfaisantes (Abraham, Klein).

Comme le dit Rado, la béatitude narcissique secondaire à la satisfaction alimentaire par la mère devient le prototype de ce sentiment de satisfaction du moi que nous appelons estime de soi et la situation de faim représente le point fondamental de fixation dans la disposition à la mélancolie. Or le mélancolique a un grand besoin d'appui extérieur pour conserver l'estime de soi et aspire à retrouver quelque chose qu'il a perdu ; il aspire, dit Fenichel, "au sentiment océanique" d'union avec la mère toute puissante.

Etudions maintenant le point de vue de M. Klein sur ce qu'elle désigne par "position dépressive". Pour elle l'enfant commence dès la naissance à expérimenter des relations avec les objets. Dans les relations initiales ces objets ne sont pas perçus dans leur totalité mais en tant qu'objets partiels. Le prototype en est le sein maternel qui satisfait ou frustre l'enfant à travers un mécanisme d'introjection et de projection par lequel l'enfant établit ses relations objectales. Il introjecte partiellement le bon et le mauvais objet construisant ainsi une image distordue du monde extérieur et intérieur. Il se défend des mauvais objets frustrants par l'expulsion et la projection. Les défenses de l'enfant visent en effet à détruire le persécuteur. Il adopte ainsi une attitude paranoïaque. Mais plus tard, avec une meilleure

organisation du moi, les images intérieures se rapprochent de la réalité et le moi s'identifie mieux aux bons objets. L'attitude de défense à l'encontre des mauvais objets se modifie : l'enfant redoute maintenant que ces objets dangereux persécutent également les bons objets intérieurs auxquels il commence à s'identifier. La conservation du bon objet devient synonyme de survivance du moi. La perception de l'objet dans sa totalité influe sur le développement de la libido : "quand un enfant ou un adulte s'identifie plus complètement avec un bon objet, il y a une augmentation de ses besoins libidinaux". Il extériorise un amour avide et il souhaite dévorer cet objet, but dans lequel il renforce ses mécanismes d'introjection. Cependant l'enfant continue à percevoir de façon distincte les objets comme bons et mauvais et ce mécanisme de scission lui est nécessaire pour accroître sa confiance dans les objets intériorisés. Il existe une angoisse profonde qui mine l'objet à l'intérieur du moi : il n'est pas possible de conserver une sûreté intérieure quand ce monde intérieur est ressenti comme un milieu dangereux au sein duquel l'objet aimé est menacé et peut périr. Nous voyons ainsi que persiste toujours, bien que modifié, le système paranoïaque de destruction des objets par les moyens sadiques oraux, anaux, urétraux. C'est à ce stade que se situe la position dépressive dont la caractéristique fondamentale est la perte de l'objet aimé. Le moi qui s'est identifié au bon objet intériorisé prend conscience de son incapacité à le protéger et à le conserver face aux objets persécutateurs intériorisés et face au ça. C'est alors que se dresse l'angoisse d'expulser le bon objet en même temps que le mauvais ; cependant l'enfant éprouve le besoin de restaurer le bon objet qui a subi ses propres attaques.

La perte de l'objet aimé survient pendant une phase où le moi progresse de l'incorporation partielle à l'incorporation totale de l'objet. Le cas essentiel et typique en est le sevrage, qui est une période particulièrement délicate car le moi a alors besoin de cette relation avec l'objet se sentant encore insuffisant pour conserver le bon objet intériorisé. Ceci pour deux raisons : parce que son identification est encore incertaine, parce qu'il n'a pas encore dépassé toutes ses peurs paranoïaques. Il découle de cela la nécessité d'obéir au bon objet et de le protéger contre le ça, le sadisme, les attaques des mauvais objets alors même qu'il n'est pas certain de la bonté de l'objet aimé.

En résumé, la position dépressive s'installe quand le moi est en mesure de distinguer les bons objets des mauvais. Il commence alors à avoir conscience de la réalité des objets du fait même qu'il reconnaît et introjecte le bon objet (sa mère) en tant que personne réelle et intégrale. Tandis que l'angoisse paranoïaque est centrée sur la conservation du moi, l'angoisse dépressive est centrée sur la conservation du bon objet que le sujet considère comme menacé. Le sens de la responsabilité et de la culpabilité augmente. Nous pouvons résumer la position dépressive comme le sentiment d'une perte qui menace en permanence et par le besoin tragique de conserver.

Si l'enfant, à ce stade, ne parvient pas à installer à l'intérieur de lui l'objet aimé, si l'introjection n'a pas lieu, il s'établit une situation de perte de l'objet aimé semblable à celle que nous retrouverons dans la mélancolie adulte. Par contre, meilleures seront les relations avec sa mère durant cette période, meilleures seront ses possibilités de dépasser

la position dépressive. Tout dépend néanmoins de la manière dont l'enfant sera capable de régler ses conflits entre amour, haine et sadisme. Les critiques faites contre cette théorie de la position dépressive s'appuient sur le fait qu'il s'agit là d'une période de la vie difficile à explorer, ce qui est vrai. Reconnaissons pourtant que les phénomènes exposés sont évidents dans le deuil et la mélancolie. Par ailleurs, nous avons tous pu noter chez l'enfant normal l'angoisse de destruction et le besoin de réparation de l'objet aimé. C'est là une attitude ambivalente identique à celle que nous signalons chez le mélancolique. C'est là une manifestation d'une fixation prégénitale. Tandis qu'au niveau génital amour signifie investissement d'un sentiment positif sur l'objet, à un niveau inférieur il signifie traiter l'objet comme sa propriété personnelle. Lors de la phase prégénitale, quand le patient traite l'objet comme une chose dont il est propriétaire, la libido envers l'objet se manifeste selon deux tendances opposées, détruire et conserver cet objet. Le patient prédisposé à la mélancolie, chaque fois qu'il subit la perte d'un objet adopte la fixation libidinale positive pour combattre le danger dû au jaillissement des sentiments hostiles. Le patient cherche, grâce à des mécanismes compulsifs à préserver l'objet de la destruction, mais s'il échoue dans cette tentative, ses tendances négatives prévaudront et il deviendra un déprimé. "Une frustration, une désillusion dues à l'objet aimé peuvent libérer un flux violent de haine qui maintient à distance le sentiment d'amour trop faiblement enraciné aboutissant à l'abandon de l'objet" (Abraham). La mélancolie comporte toujours une perte, perte réelle ou symbolique atteignant une personnalité qui tend à régresser à une phase d'ambivalence prégénitale. L'aspect négatif

de cette ambivalence, c'est-à-dire la haine, est toujours secondaire à une frustration. Cette frustration c'est la perte ressentie avec une violence toute particulière comme un affront. On peut dire de ces patients qu'ils ont une hypersensibilité aux frustrations et nécessitent une attention et un amour exclusifs car leurs relations se déroulent sur un plan de narcissisme oral extrême.

A ce propos, Federn apporte une intéressante contribution en soulignant le fait que le déprimé, comme le maniaque ou le toxicomane, se caractérise par une incapacité à supporter la douleur mentale. Le déprimé ne supporte pas les douleurs consécutives à la frustration, il essaie donc d'éliminer la douleur et pour lutter contre la perte de l'objet aimé il convertit l'amour en haine. Il neutralise ainsi l'amour et tire sa satisfaction de la recherche de la vengeance. Sa haine peut s'étendre à d'autres objets et influencer tout son comportement. "La base de toute la pathologie mentale est constituée par la lâcheté en face de la douleur mentale... Quiconque veut rester sain d'esprit doit supporter une forte dose de douleur, frustration et désespoir provoqués par la perte de l'objet avant de compenser cette perte et de dominer la douleur". Toute forme de compensation, quelle qu'elle soit, ne devrait être adoptée qu'après avoir supporté quelque temps la douleur.

Federn établit une différence fondamentale entre souffrir la douleur et sentir la douleur. Par souffrir la douleur il entend "une expérience directe à l'intérieur des limites du moi de la douleur mentale causée par un événement douloureux... à travers une telle souffrance le moi a vécu toute l'intensité de

l'événement. Plus tard, quand il y aura reviviscence en tant que souvenir, la douleur ne sera plus ressentie au même degré. Le déprimé, au contraire, ressent la douleur, c'est-à-dire qu'il ressent l'objet comme quelque chose qui fait souffrir et tourmente son moi de l'extérieur. Il souffre mais indirectement. Ainsi, si l'événement se répète ou s'il est remémoré il sera perçu par le moi avec une intensité égale à son intensité initiale.

L'acceptation de la douleur, d'après Federn, est un processus conscient alors que le sentiment de la douleur est un processus préconscient. Dans le groupe des psychoses maniaco-dépressives l'instinct de mort et de destruction est prévalent, tandis que toutes les autres psychoses et les névroses sont l'expression de manifestations anormales de l'instinct d'amour. Nous ne voulons pas dire que l'instinct de mort est exacerbé originellement chez le mélancolique mais qu'il augmente au cours de l'affection.

Noyes envisage la dépression comme une réaction contre le matériel douloureux non reconnu qui risque d'envahir la conscience. La haine satisfait des exigences narcissiques. Le sujet déprimé se sent mal aimé et incapable d'amour. La maladie se traduit par une attitude de haine qui paralyse la faculté d'aimer. Le sadisme se retourne contre le moi pour tirer du plaisir de la souffrance et se convertit en masochisme.

Il nous semble intéressant pour éclairer la position de l'esprit humain face à la situation de perte d'envisager les rapports qui existent entre le deuil et la mélancolie.

Bychowski considère que le processus de deuil chez le sujet normal est basé sur trois

caractéristiques :

- I - Conscience de la perte de l'objet aimé,
- 2 - Tentative de récupération et de conservation de l'objet perdu à travers l'introduction.
- 3 - Réactions complexes du moi et du surmoi.

Ne pouvant accepter la perte, le sujet tente de l'expliquer comme une punition. La position dépressive, avec ses angoisses, son sentiment de culpabilité, se trouve ainsi réactivée .

Klein observe qu'avec la perte de la personne aimée est ressentie la perte de tous les bons objets intériorisés depuis les premières phases du développement. Ainsi s'explique le sentiment de vide qu'éprouve le sujet "comme si la vie l'avait quitté" (Bychowski).

Le deuil, selon les psychanalystes, ne peut être liquidé qu'après l'épreuve de la réalité. A ce propos, on se réfère en particulier à M. Klein : Comme nous l'avons dit, avec l'objet aimé est en train de crouler tout le monde intérieur ; avec l'objet est perdu le bon objet intérieur. C'est encore là un élément de réactivation de la position dépressive. Il est nécessaire alors d'éprouver la réalité pour reconstruire avec angoisse le monde intérieur en danger. Le processus de confrontation avec la réalité est extrêmement douloureux parce qu'il répète à chaque fois l'expérience de la perte. Ce processus se déroule de façon lente et progressive. Au début, l'objet intériorisé est idéalisé : le sujet éprouve un grand apaisement en se rappelant la bonté et les qualités positives de l'être aimé. Cette idéalisation provoque un sentiment de sécurité car elle répète la situation infantile dans laquelle la

mère idéalisée constituait une sauvegarde essentielle contre la mère vindicative et contre tous les mauvais objets. Dans une seconde phase, il se fait un glissement vers le réel : l'objet est accepté pour ce qu'il est. Il devient possible de reconnaître ses imperfections sans que, pour cela, ne soient perdus l'amour et la confiance en lui et sans redouter sa vengeance. Néanmoins, avant d'atteindre ce stade, le processus d'idéalisation est menacé par des mouvements de haine dirigés contre la personne aimée. Cette haine, nous le savons, survient après la perte qui est elle-même ressentie comme une punition. En outre, le fait d'être encore vivant est la source d'un sentiment de victoire et de triomphe. Quant au sentiment de triomphe tiré de la possibilité de contact avec la réalité, il gêne, dit Klein, l'idéalisation et nuit à la solution du deuil.

Pourtant la réalité est là, qui rappelle, à tout instant, l'individu plongé dans le deuil et déclenche une augmentation de sa souffrance. L'objet intériorisé souffre avec le sujet et petit à petit "le doute diminue et la douleur augmente". Cette augmentation de la douleur ressentie intériorisée fait reculer la haine et libère l'amour. Ainsi la relation avec l'objet intérieur devient plus intense. La confiance en soi du sujet augmente dans la mesure où se rétablit l'union avec la bonne mère. Cette union se réalise en surmontant avec elle les expériences heureuses et aussi celles qui ne l'étaient pas, au terme de quoi on touche la réalité comme l'enfant l'avait fait après avoir traversé les mêmes expériences. En outre, Klein a montré, qu'à travers le deuil, le sujet réinstaure en lui non seulement l'objet perdu, mais tous les bons objets intérieurs qu'il avait perdus du fait du deuil. Ce dernier

point nous paraît du plus grand intérêt car les choses se passent comme si, en dépassant le deuil, le sujet rencontrait sa propre histoire ; il retrouve tous les éléments qui sont partie intégrante de sa personnalité et l'ont enrichi ; il retrouve la signification de sa vie, cette signification qui lui était inconsciente.

Envisageons maintenant le deuil pathologique et ses rapports avec la mélancolie. D'après Freud, dans le deuil il y a répétition d'un événement traumatique passé : le patient regrette une mort qu'il avait souhaitée avant qu'elle ne se produise réellement ; quand il survient un élément qui fait craindre la perte de l'objet le candidat à la mélancolie fait appel à toute son énergie libidinale pour combattre le danger représenté par une augmentation des tendances hostiles contre l'objet. Un mode de réaction à cela est constitué par les attitudes compulsives mais, quand les tendances hostiles parviennent à dominer la scène, le patient sombre dans un état de dépression (Abraham). Pour cet auteur, la mélancolie est une forme archaïque de deuil : les sujets dont la libido a une orientation pré-génitale traitent l'objet comme leur propriété ; l'attitude positive consiste alors à retenir la chose qui leur appartient et la négative à la repousser. Chez le patient pré-disposé à la dépression les pulsions négatives prévalent lorsque l'objet est en danger. Ultérieurement, le patient tend à réincorporer l'objet et à le tourmenter à l'intérieur. Cette période d'auto-tourmentation dure jusqu'à ce que le patient ait apaisé ses désirs sadiques, et que l'objet ne soit plus ressenti comme dangereux ; après quoi le patient peut à nouveau exploiter l'objet. La mélancolie, dit Abraham, est une tentative de fuite en face de ses propres pulsions sadiques orales. Ces

pulsions camouflent un désir profond de succion, qui est une activité préambivalente, dans laquelle il n'y a pas de distinction entre moi et objet et pour laquelle l'enfant est exempt de pulsions sadiques.

Dans le deuil pathologique la perte réactive toujours une situation ancienne non liquidée qui comporte un élément d'exacerbation de l'instinct destructeur. Cependant il ne faut pas oublier que le patient aspire ardemment à l'union avec l'objet, union qui lui est presque inaccessible en raison de ses fixations sado-orales.

Il nous reste à envisager un point qui a retenu notre attention, à savoir l'aspect particulier du surmoi chez le mélancolique. Comme introduction à ce paragraphe, nous voulons présenter de façon succincte le cas suivant : il s'agit d'un jeune homme présentant des éléments dépressifs manifestes, mais défendu contre eux par ses tendances névrotiques. Agé de 28 ans, célibataire, son histoire se présente comme suit : benjamin de deux soeurs, les aînées de 4 et 6 ans, il a pendant toute son enfance subi le poids de cette différence d'âge. Elles ont toujours méprisé toute action spontanée de sa part. Quant à la mère, très inhibée affectivement, elle s'intéressait davantage à ses filles, prétextant qu'elles avaient besoin d'une protection plus grande, étant des femmes. Le sujet insiste sur le fait, qu'étant petit, il désirait ardemment sortir avec sa mère et ses soeurs, afin d'être vu avec elles. Participer à leur vie signifiait pour lui un très grand bonheur, mais en fait il était tenu à l'écart pour les raisons déjà dites et aussi par une scrupulosité sexuelle pointilleuse. Cette attitude ne fit qu'accroître sa curiosité et son désir de rapprochement

avec l'objet, objet représenté par le monde familial féminin. En même temps, il se sentait frustré et offensé. A la puberté, les critiques de ses soeurs redoublèrent, tantôt parce qu'il se donnait des airs d'homme, tantôt parce qu'il se comportait comme une femme. Il réagit alors par une attitude méprisante à l'égard de toute vie gaie et superficielle et de toute manifestation sentimentale. C'est alors, quand il ressentit lui-même ses premiers élans sentimentaux, qu'il tomba dans un état d'inhibition. Les rapports normaux, surtout affectifs, avec les autres lui devinrent impossibles. Il accepta totalement les critiques de ses soeurs qui l'empêchaient de s'épanouir et adopta une position de mépris et de distance vis-à-vis des satisfactions, trouvant dans ce comportement un autre mode de satisfaction qui, celui-là, lui devint indispensable. Le patient à force de subir et d'accepter les critiques du monde féminin, qui minèrent sa confiance en lui, finit par s'identifier au surmoi qu'elles représentaient. Il préférait renoncer à son moi, rendant ainsi possible cette identification au bon objet auquel il aspirait et qui semblait toujours lui échapper.

Bychowski décrit un cas présentant certaines analogies avec le nôtre. Son patient avait introjecté les femmes de son milieu infantile qui avaient figuré le modèle de son surmoi. Animé d'un grand besoin d'être aimé, il ne pouvait réaliser ses aspirations dans la réalité car les exigences de son surmoi étaient d'une telle insatiabilité que les femmes qu'il rencontrait étaient rapidement dévaluées. Le patient devait donc chercher ailleurs une source de satisfaction narcissique. L'aspect narcissique de son surmoi était confirmé par les assertions mêmes

du patient affirmant qu'il se refusait à renoncer à tous ses désirs phantasmatiques et à se satisfaire de la banalité quotidienne. "Le surmoi primitif et sa propre mégalomanie dépréciaient par avance tout ce que le moi pouvait faire dans la réalité!"

Dans l'un comme dans l'autre cas, on retrouve le besoin de posséder l'amour de l'objet idéalisé, éloigné et supérieur. Les patients pour se soustraire à la frustration provoquée par la perte recherchent une satisfaction narcissique dans le surmoi en même temps qu'ils dirigent leurs pulsions agressives sur le moi et le monde où celui-ci doit vivre. Moi et monde extérieur constituent le mauvais objet contre lequel se dresse la morale du surmoi. Le sujet assume pour son propre compte la morale de l'objet introjecté et idéalisé. Ce que nous venons de dire du surmoi n'est, pour Freud, qu'une caractéristique normale du surmoi en général. Il nous paraît cependant prendre une importance particulière chez le mélancolique, tant est vrai que plus que d'exigences morales, il s'agit d'une satisfaction narcissique visant à s'isoler avec l'objet dans un monde de valeurs idéales et irréelles au sein duquel les satisfactions communes sont méprisées parce que seul l'objet est important.

Bychowski dit que dans plusieurs cas l'idéal du moi ou surmoi mégalomane représente le narcissisme primitif du patient ; il s'oppose au moi, l'accablé d'exigences excessives, le privant ainsi de tout courage, de toute confiance en ses forces. La personnalité dépressive est caractérisée par une augmentation des tendances narcissiques. Ces sujets doivent recevoir de l'extérieur un soutien à l'estime de soi. Ils sont pareils à ces enfants qui après avoir liquidé le narcissisme

primaire n'acquièrent à nouveau leur propre estime qu'en étant sous la dépendance complète de l'objet aimé.

Fenichel également, souligne que le mélancolique est fixé à une phase prégénitale dans laquelle il a un besoin absolu d'alimenter l'estime de soi par des satisfactions narcissiques. Le sujet ne s'intéresse pas aux désirs des autres, il ne leur donne rien mais il demande tout. Le mélancolique cherche à récupérer la confiance en soi à travers l'introjection de l'objet aimé de façon ambivalente. Cette introjection étant réalisée, le sadisme s'allie au surmoi pour attaquer le moi. Cette situation est décrite magistralement par Rado qui insiste également sur l'augmentation des exigences narcissiques de la personnalité dépressive. L'estime de soi, sa sécurité, dépendent du milieu. Le sujet candidat à la dépression considère, nous l'avons dit, l'objet aimé comme une propriété, et, ce faisant, chaque réaction de défense de la part de l'objet frappe son moi comme une insupportable marque d'injustice.

Pour s'assurer la possession de l'objet le moi introjecte l'image des parents et reproduit inconsciemment les punitions qu'ils lui infligeaient. L'auto-punition intériorisée reproduit un type de relation infantile avec l'objet. Il y a un dédoublement de l'image ambivalente : le bon objet introjecté dans le surmoi où il peut être méchant et sévère, le mauvais objet introjecté dans le surmoi et servant de cible au sadisme du surmoi.

Le patient n'essaie pas de réparer ses fautes, mais il se complaît à jouer le rôle du surmoi cruel. Il trouve dans son comportement un soutien à l'estime de soi et parvient à établir une relation libidinale prégénitale.

L'énergie destructrice du surmoi , elle-même, relève de l'ambivalence du moi infantile. En effet, ce sont les pulsions sadiques et agressives de l'enfant frustré qui déclenchent la peur de la réaction de l'objet. Le moi renonce à ses pulsions oedipiennes et agressives et se met à la disposition du surmoi ; toute charge aggressive et sexuelle reste confinée dans l'inconscient.

Pour Jacobson aussi le problème de la faute est secondaire. La cause essentielle de la mélancolie est la rupture de la relation avec l'objet aimé. Le surmoi essaie de récupérer l'objet à la faveur de ses protestations d'indignité.

Fromm-Reichmann remarque que fréquemment le patient a vécu dans un milieu familial où il n'existait pas une base des valeurs solides et où prévalait un comportement conventionnel destiné à gagner la considération des autres. L'auteur note que la faute exprimée par le déprimé ne sous-tend aucun sentiment réel de remord. En fait il s'agit d'un moyen qui vise à un but précis : la simple souffrance née d'un sentiment de faute est considérée comme suffisante pour apaiser l'autorité et regagner son approbation. Toutes ces observations concourent à prouver qu'il n'y a pas de problème moral authentique dans la mélancolie. Déjà Freud et Abraham avaient affirmé que les auto-accusations du sujet sont en réalité des accusations qui visent l'objet perdu et introjecté.

Pour compléter cette étude nous voudrions encore dire quelques mots de la façon dont d'autres auteurs envisagent ce problème.

Pour Hesnard par exemple, il existe toujours un sentiment de faute conscient ou in-

conscient chez le mélancolique. Chez l'enfant chaque perte affective est ressentie comme une punition, comme si le fait de perdre l'objet signifiait qu'il ne mérite pas d'être aimé. Ayant depuis l'enfance l'habitude de considérer le fait d'être privé de ce qu'il aime comme une preuve de sa faute, il s'est adapté à cette situation en intériorisant l'interdiction de l'amour. Ultérieurement il répétera les mêmes modes de réaction. Le mélancolique est avide d'affection, mais au fur et à mesure qu'il grandit la vie sociale s'oppose à cette exigence ; il va donc s'établir une opposition entre l'individu qui a grandi et le milieu. Le patient ne peut sortir de cette situation que par une conduite d'opposition à lui-même et c'est en fait cette conduite que nous baptisons faute. Il n'a pas de problèmes moraux actuels parce qu'il est tout entier centré sur une faute endogène imaginaire. C'est cette faute originelle qui doit être expiée et qui constitue pour Hesnard le mythe moral du péché. L'auteur dit que les structures psychotiques ont en commun "une intensification expressive d'un drame secret et un déplacement des significations de celui-ci sur un fond irréel". Le sujet exprime donc dans un registre violent une faute irréaliste dont le but est de le distraire de sa souffrance en le plongeant dans un monde inauthentique dans lequel il exprime activement et verbalement ce qu'il était obligé de se représenter intérieurement et en secret. "Cette décharge dans la souffrance constitue donc la recherche d'un nouvel équilibre grâce à l'expiation agie". Il n'y a donc pas là un problème de la faute mais une conduite d'adaptation à de nouvelles conditions d'existence liées à l'interdiction. La punition sert à décharger une tension ; cependant les mélancoliques ne sont pas des hypermoraux, l'attitude hypermorale n'exprimant qu'un comportement de faute irréaliste.

Pour Baruk la conscience morale est une fonction, au sens physiologique du terme, qui régit les actes dans le domaine du bien et du mal et qui concilie les exigences de la société et les aspirations de l'individu. La violation de la conscience morale provoquerait un sentiment spécial de malaise et d'inquiétude qui se caractérise par fixité, monotonie, aspect irréparable de la vie réelle. Baruk admet, rejoignant ainsi les psychanalystes, que le malheur et l'insuccès exaspèrent la conscience morale et font naître un sentiment de faute. Il insiste sur le fait que la conscience morale est une fonction primaire qui peut être influencée par des modifications végétatives ou autres. Dans la mélancolie il y aurait toujours exaspération de la conscience morale due à des causes physiques ou biologiques mais survenant toujours sur une base de prédisposition. Il existerait chez ces patients une hyperesthésie constitutionnelle de la conscience morale. Pourtant Baruk, qui insiste tant sur l'importance du problème moral, note, lui aussi, que le mélancolique ne vit pas ce problème avec la scrupulosité, la perplexité qu'on s'attendrait à rencontrer. Le sentiment de faute qu'il éprouve est inauthentique et paradoxal.

Nous voyons donc que le mélancolique n'est pas préoccupé par une faute qu'il a commise ; il a conscience pourtant d'avoir enfreint à un code moral et il se réfugie dans cet état de faute absurde et paradoxal pour réparer ses rapports avec l'objet, rapports qui sont les piliers de l'estime de lui-même.

Abraham va plus loin et prétend que le mélancolique ressent un sentiment de supériorité. La clinique, dit-il, fait une erreur en parlant d'un délire d'infériorité là où il y a, en réalité, un délire de faute. Ce dernier

étant en effet empreint de sentiments d'auto-appréciation, la meilleure preuve en étant la notion d'être le plus grand pêcheur.

En conclusion l'introjection de l'objet par le surmoi et même le délire de faute ont une même finalité qui est de récupérer l'objet perdu. Cette tentative se déroule sur un plan fantastique et dramatique qui rend possible une décharge de la tension sans troubler les relations avec l'objet introjecté. Par la verbalisation d'une faute paradoxale le patient évite d'éprouver une souffrance réelle. Il coupe les ponts avec la réalité qui n'est pour lui qu'une source d'insuccès et de souffrance. Par contre il tire des satisfactions narcissiques des mécanismes décrits ci-dessus et de l'exhibition d'un personnage malheureux qui le valorise. Qu'il joue le rôle d'une sévérité excessive et de mépris pour le moi ou celui d'une faute énorme et inexpiable il aboutit toujours au même résultat.

On peut voir là une attitude de retrait narcissique en même temps qu'une tentative de réparation et de récupération de l'objet.

Le retrait de la libido de l'objet, chez le schizophrène, plonge le patient dans un état d'autisme au sein duquel il se replie dans son narcissisme. Chez le mélancolique, par contre, l'attitude narcissique même a un aspect paradoxalement qualifié de social. Rien chez lui ne rappelle l'autisme. Si sa relation avec les autres s'établit dans la haine c'est que c'est, encore là, une manière de tenter un contact pour lui qui ne peut se réaliser dans l'amour. En effet, il souffre d'être contraint de réprimer l'amour pour protéger son narcissisme mis en danger par les frustrations passées et jamais liquidées. Néanmoins, les défenses qu'il élève contre l'amour sont

superficielles et relativement facilement surmontées au cours de la psychothérapie. Disons-le encore une fois, l'exhibition d'une faute énorme et absurde traduit la recherche d'une satisfaction narcissique à travers cette exhibition qui est encore un acte visant une relation objectale. Citons à ce propos le travail de Roi, qui remarque que les schizophrènes jouent quelquefois du théâtre mais sans aucune teinte d'exhibition ; ils agissent dans une scène à eux pour vivre autistiquement et rejoindre ainsi une super-réalité. Par contre la théatralité du mélancolique a un aspect social car il ne joue pas que pour lui et pour son surmoi, mais aussi pour les autres. Il tente de communiquer au monde extérieur des sentiments sur un ton caricatural et mélodramatique afin d'obtenir des satisfactions. A travers l'artifice et la caricature dramatique le patient repousse la souffrance. Il prend de la distance par rapport à elle en la jouant et en la reléguant à un niveau de fiction et d'exagération qui permet d'oublier son aspect réel.

Comme le dit Federn, l'acceptation de la douleur à travers la souffrance provoque un état d'apathie qui annule toute réaction agressive. Par contre l'individu qui n'accepte pas, au dedans de lui, la douleur réagit avec rage et agressivité et chaque réaction de rage agressive rappelle l'événement douloureux de telle sorte qu'il s'établit un cercle vicieux qui provoque toujours le retour des pensées douloureuses. Un examen superficiel du mélancolique pourrait faire penser qu'il est le seul malade mental pouvant réellement communiquer un état de souffrance ; pourtant le contact prolongé avec lui nous montre cette souffrance toujours plus éloignée de nous

et plus impénétrable. Par ailleurs le ton fantastique et dramatique lui permet d'exprimer la haine contre les autres en surmontant les inhibitions morales. Il exprime ses sentiments sans pudeur. Répétons-le encore une fois, il n'a pas de vrai problème moral.

ENFANCE DU MELANCOLIQUE

--

Nous allons étudier maintenant les éléments que l'on retrouve dans l'enfance des mélancoliques.

M. Klein affirme que l'enfant apprend la réalité à travers l'introjection d'un bon objet et après avoir dépassé la position paranoïaque. Dans ce but, il y a scission de l'image de la bonne mère et de la mauvaise et ultérieurement à la faveur d'une plus grande confiance dans la réalité les deux images peuvent se fondre en une seule, réelle celle-là. L'attitude des parents favorise ce processus d'intégration d'autant plus qu'elle fournit des motifs de confiance dans la réalité. Par contre, lorsque les parents sont insuffisants, soit parce qu'ils ne fournissent aucune directive, soit parce qu'ils sont trop frustrants et sévères, l'enfant ressentira toutes les pressions extérieures comme des expériences désintégrant. Nous avons vu que l'angoisse dépressive est basée sur la nécessité de préserver l'objet et se manifeste à la faveur des expériences désintégrant quand celles-ci surviennent alors que l'enfant a déjà la notion de relation avec un bon objet et alors qu'est physiologiquement mûre la tendance à l'intégration bien qu'il n'ait pas encore atteint une maturité suffisante pour se sentir capable de préserver l'objet et d'avoir une confiance totale en lui.

En reprenant ce concept, Fromm-Reichmann dit que les enfants à la naissance basent leur intimité avec la mère sur l'identification et la dépendance. Par la suite, cette identification s'estompe et une forme plus élaborée d'intimité se développe dans laquelle le moi est perçu comme distinct des autres. A ce stade de recul de l'identification l'enfant qui n'a pas atteint un mode élaboré de relation traverse une période critique. C'est là que se situent les expériences anxiogènes des candidats à la mélancolie. Ayant abandonné les mécanismes d'identification, n'ayant pas encore construit un autre mode de relation solide, le sujet est dans une position isolée.

L'analyse de ces sujets révèle souvent qu'ils avaient une mère heureuse dans la mesure où ils dépendaient totalement d'elle. La première année fut le plus souvent normale et c'est à son terme qu'éclata le conflit dans la mesure où la mère s'opposait aux manifestations d'indépendance caractéristiques de l'enfance.

C'est alors qu'une mère qui jusque là était aimante devient sévère et punit. L'enfant aura, à ce moment, grand mal à intégrer la mère jusqu'alors bonne et maintenant mauvaise en un être humain unique.

Fromm-Reichmann étudie soigneusement le milieu dans lequel le patient a vécu son enfance et constate que souvent la famille représentait un groupe isolé de la communauté pour des raisons raciales, économiques ou autres. L'aspiration fondamentale de la famille était alors de se valoriser à l'intérieur du groupe où elle vivait et l'enfant était considéré comme un moyen pour atteindre ce but, soit qu'il soit l'aîné, soit qu'il soit le plus doué. Pour réaliser ce projet, une éducation

impersonnelle lui a été donnée ; il a été obligé de s'uniformiser au type que la communauté considérait comme le meilleur. Par ailleurs, ces familles étaient souvent dirigées par la mère, qui méprisait le père, l'accusant d'être la cause de la situation critique. C'était là une raison supplémentaire pour contraindre l'enfant à subir l'emprise de la mère puisqu'il avait devant les yeux le spectacle de ce qui arrive au père s'il ne réalise pas les désirs de la mère. La conséquence de cette situation est que l'enfant ne rencontre aucun adulte qui ait une signification spécifique pour lui et qui s'intéresse à son bonheur et à ses droits. L'enfant doit jouer, malgré lui, un rôle qui est en rapport avec les nécessités de la famille. Il n'apprend ni à établir des relations avec les autres ni à observer introspectivement ces relations pour pouvoir en saisir les nuances. Il a le sentiment de n'être important pour personne, son existence n'est pas à lui et il vit dans l'anonymat au coeur du groupe. Il réagit à cela par des sentiments d'insécurité et de haine ; cette haine cependant n'est pas dirigée sur un objet précis, elle est anonyme et diffuse. Tout se passe comme si le sujet ne pouvait pas établir une relation personnelle et ce faisant construire sa propre histoire. Il n'a pas été repoussé, comme on le dit du schizophrène, mais ne peut pas établir une relation "personnelle" satisfaisante.

La position dépressive a été observée par Lebovici chez des enfants anxieux qui, au cours du traitement psychanalytique, vivent l'angoisse d'être dévorés par la mère qu'eux-mêmes ont souhaité dévorer.

Federn, comme nous l'avons dit, soutient que le mélancolique ne peut supporter la

douleur au même titre qu'il n'est pas capable de rechercher la consolation. La répression de la douleur est insuffisante et le mécanisme qu'il met en marche n'empêche pas la diffusion de la souffrance. Les réactions infantiles qui conduisent à une humeur maussade et sombre sont caractérisées de même par une répression insuffisante avec mécanismes phobiques et de négation inadéquats. Cette humeur va de pair avec :

- 1 - Un narcissisme excessif
- 2 - Une incapacité à obtenir une identification rapide et intense avec une autre personne.
- 3 - L'absence de relation avec un bon objet suffisamment investi.

L'enfant affligé d'une tendance à la mélancolie ressent d'une façon plus douloureuse que l'enfant normal les offenses du milieu. Sur un fond d'humeur maussade persistant peut se développer une tristesse naturelle qui constituera la base de la structure dépressive. Selon l'importance des à coups auxquels le sujet sera soumis au cours de sa vie, il pourra devenir un malade ou ne présenter que des réactions émotives altérées. L'auteur dit encore que la réaction émotive à la douleur provoquée par la frustration est toujours généralisée chez l'enfant et contraint le moi à expérimenter un sentiment de malheur. Ce sentiment de malheur est différent de la douleur causée par la souffrance localisée, car du fait même de son aspect généralisé le sujet ne peut même plus penser à sa douleur. C'est alors que l'amour se convertit en haine. C'est à travers cette haine qui peut diffuser sur plusieurs objets et à travers la recherche de la vengeance que l'enfant cherchera à tirer ses satisfactions. Ce type de relation va

donc toujours chercher ses racines dans l'enfance bien qu'ultérieurement elles aient été réprimées.

Abraham, qui soutient que la mélancolie relève des expériences désagréables de l'enfance, fait remarquer que nous ne pouvons pas atteindre, par l'investigation directe, la mentalité réelle de l'enfant au moment où il a vécu ses expériences pénibles. Pourtant l'auteur a pu retrouver chez deux patients l'existence d'une "parathymie primaire" vers l'âge de 5 ans : l'enfant cherchait à s'allier à sa mère dans la lutte contre le père ou un autre rival et il fut déçu parce que repoussé. La parathymie primaire est caractérisée par un sentiment de rage et de désespoir et enfin par la résignation à l'abandon. De toute façon il faut tenir compte du fait que les sujets adultes ont de leur enfance une idée qui ne correspond pas exactement à la réalité. En effet l'enfant vit la situation directement, dans des conditions physio-psychiques particulières à son âge ; l'adulte lui revit cette situation de façon médiate encadré dans un système physio-psychique différent. Mais même s'il est impossible de retrouver à l'état pur la situation infantile le patient tendra à retrouver et à donner une signification à son histoire personnelle.

En conclusion, pendant l'enfance, le patient a effectué une introjection incertaine du bon objet si bien que chaque situation de perte d'une certaine importance ravive chez lui la position dépressive et lui donne l'impression d'une barrière entre lui et son monde personnel. Il a l'impression de ne pas avoir d'histoire, d'être vide. Ses aspirations à la réparation sont considérables mais il a en même temps le sentiment de n'y arriver jamais ; il libère alors ses sentiments hostiles qui ne font que le séparer davantage de l'objet.

ASPECTS PSYCHOTHERAPIQUES DE LA MELANCOLIE

-:-

En avant-propos à ce chapitre nous voulons rapporter un cas qui a bénéficié d'une psychothérapie temporaire.

Le patient est un paysan relativement cultivé, doué d'une capacité d'échange verbal assez remarquable. Agé de 40 ans, marié, père de 4 enfants, à l'époque où nous le voyons pour la première fois il nous raconte l'histoire suivante : il a vécu ses premières années entre un père tyrannique et violent qui le terrorisait, et une mère qui, en butte aux brutalités de son mari ne pouvait échanger assez d'amour avec ses enfants. Il semble par ailleurs que cette mère présentait une structure hystérique avec des effondrements dépressifs. Néanmoins son premier développement fut relativement normal, à ceci près qu'il supportait difficilement la férule paternelle. A 8 ans, il raconte avoir été masturbé par une tante de 20 ans, qui se maria quelques mois plus tard, date à laquelle il reprit à son propre compte ces pratiques masturbatoires et ce jusqu'à ce qu'un prêtre l'ait menacé d'une maladie grave s'il persistait. On assiste alors à un refoulement de la sexualité, occasion supplémentaire pour refouler les affects de quelque ordre qu'ils soient.

A 24 ans, ses parents ont voulu lui imposer une femme riche alors que lui-même avait choisi

et rendu mère une jeune personne à laquelle il tenait. Les parents firent opposition et entreprirent une campagne de calomnie contre elle, ce qui perturba encore plus leur fils. A l'occasion de ce conflit, source de réelle frustration, il fut plongé dans un état dépressif caractérisé avec idées de suicide. Il se maria néanmoins avec la femme de son choix et trouva en elle une compagne fidèle et dévouée qui le soutint activement. Malgré cela il s'installa dans un état dépressif à peu près permanent à quelques brèves périodes de rémission près.

Triste, inhibé, avec des crises de pleurs, ne pouvant s'intégrer à la vie sociale, il éprouvait une haine violente à l'encontre de tous les êtres en bonne santé et tout particulièrement pour son père qui l'avait fait souffrir. Il souhaitait pourtant vivre avec les autres et souffrait de ne pouvoir participer à leur vie parce qu'elle était dépourvue de toute signification pour lui. Il se plaignait d'une incapacité d'aimer. A l'arrière-plan de sa dépression il avait une vague notion de l'existence de sentiments hostiles qu'il parvint d'ailleurs assez facilement, avec aisance et satisfaction, à extérioriser ultérieurement dans l'atmosphère détendue créée par le transfert. Nous pûmes mettre en lumière comment le patient avait retourné contre lui toute son agressivité allant même jusqu'à des passages à l'acte dangereux. En effet il ne fit pas de tentative sérieuse de suicide, mais, un jour, dans un moment de désespoir, il se coupa un doigt avec une hache. Une autre fois se plaignant de douleurs gastriques et bien qu'il n'y ait pas d'indications nettes, il parvint à se faire opérer. A la suite de cette intervention, d'ailleurs, il surmonta son état dépressif pendant quelque mois au terme duquel

une rechute survint, améliorée par une série d'électro-chocs ; amélioration discrète qui dura deux ans environ. A la rechute qui suivit, il décida de se soumettre à un traitement d'électronarcose, après avoir essuyé un échec avec une seconde tentative d'électro-choc. L'électro-narcose lui apporta un apaisement passager, mais là aussi, la seconde tentative se révéla infructueuse. Ces rechutes ayant pris un caractère chronique, il décida, alors que son état n'était pas amélioré depuis deux ans, d'entreprendre une psychothérapie. Au cours de celle-ci dans une atmosphère détendue où il se sentait protégé, il put exprimer son agressivité et la diriger vers l'extérieur, ce qui le soulagea grandement. Parallèlement, la prise de conscience phénoménologique de certains de ses symptômes, sa situation en face du temps par exemple, contribuèrent à l'améliorer. Au fur et à mesure qu'il déchargeait son agressivité, il lui devint possible de réaliser quelque investissement, sur sa famille, sur son travail, etc... Au bout de 4 mois le patient se déclara satisfait et son comportement devint à peu près normal, de même que ses rapports avec le monde extérieur. Nous fûmes alors obligés, pour des raisons personnelles , d'interrompre le traitement. Quelques 6 mois plus tard le patient fit une rechute, ce qui était prévisible en raison de la brièveté du traitement et du grand besoin de soutien de ces sujets. Nous pûmes alors le reprendre en psychothérapie et il fut rapidement enchanté de l'état auquel il parvint : jusqu'à ce jour, lorsqu'il sortait de son état dépressif, c'était pour entrer dans un état d'euphorie décalé par rapport à la situation réelle. A l'opposé il se trouvait maintenant parfaitement adapté, c'est-à-dire conscient de l'existence de soucis et de problèmes qui sans être hypertrophiés étaient connus, estimés à leur

juste valeur sans toutefois provoquer des réactions d'accablément excessives. Fort de cette amélioration, le patient voulut mettre un projet longuement caressé à exécution, à savoir s'installer à son compte pour ne plus continuer, comme il le faisait, à vivre et à travailler dans la ferme familiale, maintenu en tutelle par son père. Pour réaliser ceci, il s'adressa à sa mère afin qu'elle intervint pour lui faire donner les fonds nécessaires à cette entreprise. Mais celle-ci occupée par le mariage d'une de ses filles, la dot, etc... lui opposa une fin de non recevoir. Devant cette frustration nouvelle, preuve de ce que disait-il "personne ne l'aimait" il sombra à nouveau dans la psychose. C'est alors qu'il décida de se faire leucotomiser. Nous en ayant informé, et s'étant enquis de notre avis, comme nous adoptions une attitude absolument neutre, il manifesta pour la première fois son agressivité contre nous et fit cette réflexion révélatrice : "Je vais me faire opérer pour embêter ceux qui ne m'aiment pas". Ce trait nous était évidemment destiné à nous qui ne le soutenions plus d'un avis, fût-il positif ou d'interdiction et à travers nous c'était son père qu'il visait, montrant de façon claire que son agressivité, quand elle se manifestait, était dirigée contre lui-même en même temps qu'elle visait les autres. Après l'intervention, comme après tous les modes de thérapie il y eut un mieux, hélas, passager, d'après ce qui ressort des dernières nouvelles que nous avons eues de ce patient. En fait si les conditions pratiques nous l'avaient permis il aurait été utile de pratiquer une psychothérapie longue de renforcement du moi grâce à laquelle il nous aurait été possible d'obtenir une amélioration durable.

L'intérêt de ce cas est de montrer comment

la psychothérapie a eu les mêmes effets que l'électro-choc et même un effet plus durable, rendant le patient plus maniable que la sismothérapie. Par ailleurs, on constate l'importance de la frustration dans la genèse des rechutes qui survenaient toujours à propos du même problème : celui de sortir de la famille. A chaque fois qu'il croyait vouloir partir il prenait conscience de l'insuffisance de soutien qui lui avait été donnée et de la faiblesse de son moi. On voit également ici l'importance de l'agressivité et comment la libido peut être étouffée par la haine ; le patient lui-même a exprimé clairement comment dans cette haine il y avait l'angoisse de ne pouvoir échanger l'amour. Nous avons vu enfin comment par la décharge de l'agressivité il devenait possible de réaliser de nouveaux investissements.

Nous venons de voir comment la psychothérapie peut avoir une certaine action sur le patient mélancolique. Nous allons étudier maintenant à travers la littérature quelle est l'efficacité et quelles sont les indications et les limites de cette technique chez les mélancoliques.

Le mélancolique expérimente avant tout une perte : la perte réelle ou symbolique d'un objet. Or cet objet était indispensable pour soutenir sa propre estime et sa confiance en lui. Le patient éprouve alors une sensation de vide et d'inutilité doublée de l'impression d'avoir été victime d'une offense narcissique. Nous avons cherché dans les pages précédentes à mettre en évidence la situation paradoxale du mélancolique qui souffre d'une perte mais dont la réaction instinctuelle tend à la destruction, qui hait mais qui, à un niveau profond, aspire à l'union océanique. Il lutte

contre ses tendances destructrices et cette lutte paralyse toute son énergie si bien qu'il ne peut plus participer à la vie sociale.

A l'opposé le patient souffrant de dépression névrotique vit, comme le dit Ey, l'angoisse comme un programme de vie et utilise la mélancolie comme un système de défense "essayant de satisfaire ses tendances libidinales anodines" (Mallet). Nous avons vu que nous pouvons reconnaître une finalité également dans le comportement du mélancolique ; son but est de regagner l'approbation et d'apaiser l'autorité, mais cela à travers une expérience catastrophique. En essayant de regagner l'objet d'amour et de soutien, le patient est tout entier orienté vers le passé et expérimente pour le présent un sentiment de vide et d'inutilité. Il n'accepte pas la douleur et la situation actuelle lui paraît sans signification. Pour le névrotique la dépression a une valeur en elle-même, pour le sujet normal, la souffrance est intégrée dans un système de valeurs mais le déprimé psychotique repousse la souffrance et refuse d'intégrer les expériences dans son propre système de valeurs. Il est seul, et ceci au sens absolu du terme : il n'a pas seulement perdu l'objet, mais son histoire tout entière s'est dissoute et avec elle toute valeur et toute signification. Un des buts de la psychothérapie est de rendre une signification à la douleur, de la transformer en souffrance. Il y a des situations qui paraissent insurmontables : la mort d'un fils ou la perte de toute une famille, mais la mélancolie ne se manifeste réellement que lorsque le patient n'accepte pas la douleur parce qu'il est en train d'expérimenter un état de dépendance orale vis-à-vis de l'objet. La psychothérapie doit donner

une signification à la souffrance, de telle sorte que le patient intègre sa douleur dans les valeurs de sa vie et retrouve par là son histoire insérée dans le devenir de son existence. Son histoire peut être douloureuse ou humiliante, mais la souffrance soutenue par un objet aimé renforce le moi. Nous avons vu que lorsque l'on dépasse le deuil, le patient attribue à l'objet introjecté ces mêmes sentiments douloureux et atteint ainsi progressivement un contact avec la réalité. Peut-être le patient n'arrive-t-il pas à retrouver dans son histoire un bon objet susceptible de souffrir avec lui. C'est là justement que le transfert devra intervenir en lui fournissant le soutien et l'aide nécessaires pour retrouver cet objet s'il a effectivement existé et pour le trouver s'il s'agit d'un objet idéalisé.

Nous voulons insister sur l'importance de l'observation de M. Klein d'après laquelle le sujet en deuil expérimente la perte de tous les bons objets avec lesquels il a été en relation, alors qu'au cours du processus de réparation il réinstaure tout son passé significatif. En quelque sorte le sujet retrouve la notion de son autonomie et s'achemine vers l'émancipation quand il dépasse l'état de dépendance pré-génitale vis-à-vis de l'objet ; ce processus de maturation n'est possible dans ce cas que lorsqu'il éprouve profondément que son existence procède d'une histoire et que son passé est peuplé d'objets qui ont une signification particulière pour lui. Pour ce faire il faut dépasser l'attitude de méfiance envers l'objet, et nous savons que cette attitude, comme celle d'hostilité, relève de la crainte de mettre à jour des frustrations par le mauvais objet ; c'est là une attitude de défiance en face de la souffrance. Lorsque le sujet est en mesure de

souffrir avec l'objet l'amour se libère et rend possible ce processus de réparation et de conservation auquel il aspire profondément.

La psychothérapie de la mélancolie est une thérapie de renforcement du moi basée sur le transfert qui permet d'éprouver la réalité. C'est justement le problème du transfert que nous allons maintenant envisager.

La mélancolie étant une psychose avec perte de l'objet le transfert est indispensable pour alléger les positions de retrait de la libido. En outre, à travers le transfert l'expression des sentiments et des tendances réprimés devient possible, permettant d'obtenir une certaine détente. Cette détente constitue le premier pas de la psychothérapie. Nous l'avons déjà dit, ces patients sont extrêmement sensibles aux frustrations et ont le plus grand besoin de garder confiance en eux. Pour ce faire il leur est nécessaire de s'appuyer sur un objet. Ils sont très exigeants et leur comportement, même dans le transfert, tend à isoler la relation avec l'objet. Lebovici dit qu'ils refusent les interventions de l'analyste qu'ils considèrent comme dangereux et agressif, mais qu'ils craignent également une attitude positive de la part du médecin parce qu'ils redoutent de perdre ce qu'ils avaient obtenu.

Bychowski conseille aux thérapeutes de manifester un intérêt actif et chaleureux à la vie du patient, mais toutefois en se gardant de la moindre exagération. "Les degrés de sympathie que nous manifestons doivent être un heureux compromis entre le danger d'une attitude de pitié et celui d'un détachement qui confinerait à l'indifférence. Il est

nécessaire de combiner l'intérêt humain sincère avec une évaluation réaliste de la situation, une curiosité rationnelle visant à comprendre. Le patient désire obtenir de la sympathie, son masochisme exagère ses lamentations et nous le fait apparaître sous les couleurs d'un martyr. C'est un grave problème et nous ne pouvons pas refuser notre sympathie".

Fromm-Reichmann a observé que le transfert des mélancoliques se caractérise :

- 1 - par un état de dépendance
- 2 - une tendance stéréotypée d'approche des individus.

Il s'établit une situation de vide, d'absence d'aide à laquelle il essaie de pallier en manifestant sa misère et en se faisant continuellement quémendeur.

Le patient voit dans le thérapeute l'image des parents, c'est-à-dire d'une autorité qui doit être traitée selon un schéma donné si l'on veut obtenir son approbation. C'est ainsi qu'il élabore, selon d'anciens schémas, tout ce que dit le médecin et s'obstine dans un comportement stéréotypé. En essayant à tout prix d'obtenir l'approbation il renforce ses défenses. Le problème thérapeutique essentiel est d'établir une relation active dans le cadre de laquelle on puisse examiner et discuter ce problème. Il faut surmonter les défenses pour substituer aux lamentations stéréotypées et à l'autoaccusation une plus grande confiance en soi. Comme le patient rencontre des difficultés lorsqu'il veut établir une relation avec autrui, afin de lui permettre d'observer introspectivement cette relation, Fromm-Reichmann pense qu'il est

préférable de limiter les entretiens à deux ou trois par semaine. Les tentatives de rééducation des patients à un nouveau type de relation sont extrêmement délicates. La sensibilité du patient à la relation inter-personnelle augmente lorsque l'angoisse diminue. Il est à déconseiller de refuser activement le rôle que le patient veut attribuer au thérapeute : repousser ses requêtes n'aurait pas d'autre résultat que de renforcer sa conviction quant au fait qu'il est mauvais ; la neutralité, par ailleurs, sera ressentie comme une frustration. En fait les méthodes de contact qui s'offrent au thérapeute sont variées et c'est lui qui devra décider du comportement le plus adapté à son but.

Tous les thérapeutes du groupe de Fromm-Reichmann se sont trouvés d'accord sur l'utilité qu'il y avait à interpréter au patient son comportement stéréotypé et conventionnel comme une défense contre l'angoisse. D'une façon générale la technique consiste à n'accéder jamais aux requêtes irrationnelles du patient. Le thérapeute doit assumer le rôle de guide qui constitue l'une des aspirations fondamentales du mélancolique. Néanmoins il ne doit pas prendre de décision à la place de son patient ; il doit se borner à définir les limites du comportement et à manifester sa désapprobation quand ces limites sont violées. Face aux menaces de suicide le médecin doit explicitement refuser d'engager sa responsabilité mais ne doit pas faire montre d'indifférence. En pareil cas il est souvent utile de faire remarquer au patient que le thérapeute est un objet important pour lui et qu'en cas de suicide il perdrait définitivement cet objet.

Nous avons pu noter chez quelques patients,

après plusieurs séances de psychothérapie, une sorte de concentration de leur attitude dans le transfert en ceci que leur comportement était nettement amélioré dans le service alors qu'au cours de la séance leurs plaintes et leurs auto-accusations restaient d'une monotonie exaspérante, et ceci comme s'ils niaient absolument tout ce qu'avait pu faire leur thérapeute. Il semble néanmoins que ces patients aient trouvé dans leur médecin le bon objet attentif qu'ils cherchaient. Freud avait d'ailleurs noté que les patients s'auto-tourmentent parce qu'ils visent un objet extérieur. Quant à Géro, il dit que le déprimé se comporte pendant l'analyse de façon à centrer sur l'analyste ses pulsions agressives. En effet, un autre des buts techniques est de mettre en lumière l'agressivité. Le patient doit pouvoir observer ses sentiments cachés d'agressivité et leurs manifestations et enfin être conduit à les éprouver réellement. Ceci déclenche généralement des attaques de rage contre l'analyste mais les actes agressifs apportent toujours un soulagement appréciable. Or, comme le dit Fromm-Reichmann, le soulagement de l'angoisse permet d'augmenter la sensibilité des relations inter-personnelles. Nous arrivons ainsi à intensifier le transfert, ce qui est indispensable à une thérapie de renforcement du moi qui vise à réaliser de meilleures relations avec l'objet.

Il n'est pas possible de donner une explication détaillée de la technique à employer pour obtenir un transfert satisfaisant : le médecin doit se baser sur la connaissance des mécanismes en jeu. Comme le dit Lebovici, l'analyse des patients déprimés est difficile, parce que nous sommes en face d'un moi faible. L'interprétation prégénitale exige une atmosphère de transfert établie avec patience et vécue émotionnellement. Pour nous résumer, disons que le médecin doit toujours savoir où il en est dans le

transfert afin d'obtenir un transfert positif sur une base moins stéréotypée. Dans ce but, il doit viser à une diminution de l'angoisse en permettant à l'agressivité de se manifester. Enfin il doit assumer une position de protection et de guide.

Comme nous l'avons dit le simple fait de rééduquer le patient à une nouvelle forme de relation objectale n'a guère d'efficacité. Par contre, c'est en allégeant l'attention et en libérant l'agressivité que l'on obtient un certain soulagement. Nous avons affaire à un moi faible, répétons-le, et l'analyse devra donc, en même temps qu'elle visera à supprimer les défenses, renforcer le moi. Federn dit que chaque patient doit apprendre qu'il existe deux modes de réaction face à la frustration: La douleur et la maladie. La maladie proscriit tout ce qui rappelle la frustration, tandis que la douleur implique que l'on connaît la frustration et la souffrance, que l'on sait qu'il faudra les supporter et les dominer en connaissance de cause.

Lorsque le patient affligé de mélancolie a compris ce qui se passe dans sa maladie il peut d'autant mieux se protéger. Il doit prendre conscience de trois faits principaux:

- 1) que la source de sa vulnérabilité émotionnelle se trouve dans son narcissisme et qu'il devra orienter vers l'objet la libido investie narcissiquement.

- 2) qu'il cache les causes réelles de sa souffrance sous une réaction généralisée qui masque ses réactions spécifiques.

- 3) qu'au lieu d'accepter les frustrations qui causent sa douleur il réagit avec agressivité parce qu'il voudrait conserver ses satisfactions libidinales. Ainsi il paie son indul-

gence de soi par une douleur absolue et durable. Au cours de chaque rechute, comme nous l'avons vu au cours du cas exposé plus haut, nous devons rechercher les frustrations passées ou actuelles, les analyser et les faire accepter. Ce processus est douloureux et sera facilité par la qualité positive du transfert permettant de prévenir des réactions généralisées ou d'interruption du traitement.

Bellak conseille également de rechercher le traumatisme responsable de la crise en cours qui, en général, peut assez facilement être mis en relation avec l'expérience traumatique précédente. Après avoir établi cette relation on met en évidence l'agressivité que le patient a accumulée contre lui-même. Dans ce but l'auteur rappelle la méthode psychocathartique de Krauss : on demande au patient de fermer les yeux et de raconter les situations traumatiques de sa vie. Parmi les manoeuvres cathartiques Bellak conseille de favoriser le développement spontané de la connaissance intérieure et d'exprimer ce que le patient ne se préoccupe pas d'exprimer. Le thérapeute, qui représente l'autorité et le sur-moi, doit être permissif et rassurant. Avec l'augmentation de l'agressivité du patient, il faut qu'il y ait une diminution de sévérité du sur-moi. Petit à petit on peut rendre le patient conscient de ce que la cible de sa colère actuelle a un rapport étroit avec l'objet contre lequel il l'a dirigée dans son enfance. La prise de conscience de ce simple fait peut avoir une valeur cathartique.

Bellak suggère aussi les méthodes de la catharsis indirecte qui consistent à exposer les sentiments du patient de façon dramatique, avec des expressions grossières pour les sentiments agressifs. Cette méthode permet de fournir des satisfactions de remplacement sans ap-

porter de sentiment de responsabilité. Par ailleurs le patient se sent rassuré parce qu'il voit que le médecin ose exprimer ses sentiments à lui, patient.

En même temps il faut apprendre au patient à exiger moins de lui-même. Campbell dit que le déprimé est porté constitutionnellement à éprouver un sentiment de responsabilité et une exaltation de la conscience ; pour cela il cherche à travailler intensément et avec précision, espérant ainsi apaiser sa conscience. Noyes rappelle que le patient peut s'engager dans un travail excessif sous la pression d'exigences sévères du sur-moi. De cette tournure d'esprit découle un sentiment de faute car il ne parvient jamais à faire assez ni assez bien (Bychowski). Les auteurs, en général, conseillent de mettre cette attitude en lumière et d'alléger le sentiment de responsabilité en essayant de soumettre le patient à une activité moindre qui puisse le satisfaire.

Cette attitude est peut-être constitutionnelle, mais elle est certainement la preuve du besoin de satisfaire le sur-moi narcissique ; elle constitue donc une relation objectale pathologique. Ce n'est qu'à travers un renforcement du transfert qu'il est possible d'obtenir un soulagement dans ce domaine. Le patient doit sentir qu'il parvient à une relation significative, même sans réaliser des exigences draconiennes.

Au cours de l'analysé qui permet de soulager l'angoisse il est capital d'éprouver la réalité à travers la relation de transfert. Si le patient veut réaliser des exigences importantes, ce n'est pas dans un but ambitieux ou par tendance mégalomaniaque mais parce qu'il a une sensation de vide et d'inutilité, et parce qu'il a un besoin urgent de

combler ce vide, c'est-à-dire de réaliser l'union avec l'objet aimé.

Comme nous l'avons vu, il n'a pas la sensation du déroulement du temps. On peut dire qu'il vit en dehors de lui et semble s'agiter dans une tentative inutile pour s'uniformiser à lui. Il ne peut pas s'intégrer dans le rythme de la vie, parce que sa vie a perdu toute signification, et il tente de trouver son propre rythme à travers la recherche de l'assouvissement d'exigences insatiables. De tout ceci il n'a qu'une vague conscience, et ce qu'il cherche désespérément, c'est à remplir le vide qui le sépare de l'objet.

Il faut attacher une importance toute particulière au masochisme de ces patients. Ceux-ci en effet, répriment leurs pulsions sadiques et renforcent leurs tendances masochiques et peuvent profiter des plus petits faits découlant de la situation thérapeutique pour assumer des attitudes de victimes qui satisfont ce masochisme. L'épreuve de la réalité consiste à analyser le narcissisme et à confronter l'action du patient aux réactions des autres. Mais là encore il faut favoriser l'explosion de l'agressivité contre l'analyste et, la favorisant, l'interpréter en la rattachant au passé. Cependant, il ne faudrait jamais permettre au patient de terminer la séance sans avoir surmonté sa crise d'agressivité et d'angoisse (Bychowski).

Il est capital de venir à bout du refoulement ; Abraham a remarqué que le patient s'améliore proportionnellement à la reviviscence des émotions de situations refoulées. A ce propos Géro conseille d'analyser d'abord les défenses de caractère névrotique. On voit alors émerger les fixations orales, et après leur analyse on peut interpréter le matériel

oedipien et génital. A travers l'examen des défenses et du comportement, il faut libérer le matériel refoulé de telle sorte que le patient éprouve réellement ses désirs : "La solution de fixation orale pendant la thérapie des mélancoliques est un triomphe technique. On atteint un pivot au cours de l'analyse quand on obtient que le patient éprouve ses désirs oraux profondément réprimés et ses sentiments agressifs".

Abraham souligne que la maladie procède d'une attitude de haine qui paralyse les possibilités d'amour. Un de nos patients disait qu'il haïssait les autres parce que leur présence l'empêchait d'éprouver des sentiments bons et aimants ; nous pourrions donner d'autres exemples qui nous font tous conclure que derrière la répression de l'agressivité existe un besoin d'amour et de réparation encore plus profondément refoulé.

Pourtant, après avoir abattu les défenses et fait exploser l'agressivité dans les conditions que nous avons établies, le patient peut expérimenter un nouveau type de relation, et commence à prendre conscience de son besoin de chaleur et de conservation. Klein dit que le patient fait toujours des tentatives pour sauvegarder le bon objet de la destruction, et même dans les cas où celui-ci n'existe pas réellement il l'idéalise et conserve une image de la "bonne mère" dissociée de l'objet réel. Le but de l'analyse est de diminuer la crainte de la destruction et de la persécution par les parents intériorisés. Si elle y parvient, la haine et l'angoisse diminuent parallèlement ; le patient devient alors capable de réviser ses relations avec ses parents, qu'ils soient morts ou vivants, et de les réhabiliter, même s'il y avait une base réelle à ses récriminations. Grâce à cette plus grande tolérance la

coexistence des images bonne et mauvaise des parents devient possible et la peur du mauvais objet diminue, en même temps qu'augmente la confiance dans le bon. Le patient acquiert également la possibilité d'expérimenter des émotions : tristesse, faute, douleur, aussi bien qu'amour et confiance, lui deviennent accessibles à travers la liquidation de la position dépressive infantile qui n'avait jamais eu lieu. L'analyse doit favoriser la reconstruction du monde intérieur, c'est-à-dire de ce monde qui a été constitué par l'enfant à partir de sa naissance et qui a été détruit lorsqu'il a expérimenté la première perte réelle. Klein pense que la compréhension de ce monde intérieur permet à l'analyste de résoudre certaines situations anxieuses précoces que le patient ignore, et que ceci est d'une grande importance thérapeutique.

L'analyse favorise le rejaillissement des tendances positives et conservatrices qui étaient étouffées par les tendances destructrices prévalentes. Il est nécessaire en même temps de renforcer le moi pour conduire le patient à travers l'acceptation de la douleur à la recherche du monde intérieur, attitude que nous pourrions définir comme une "recherche du temps perdu", puisqu'en réalité il vit en dehors du temps, expérimente un terrible sentiment de vide, et doit retrouver à travers ses expériences passées son rythme vital.

Pour terminer nous voudrions dire quelques mots sur les indications de la psychothérapie dans la mélancolie. Il est évident qu'au cours des phases d'inquiétude grave et de ralentissement important il est impossible d'instaurer un traitement de psychothérapie à orientation analytique. Tous les auteurs s'entendent à affirmer qu'il faut entreprendre la psychothérapie pendant les périodes de rémission

et qu'il faut la conduire selon les schémas de la psychanalyse, tout en ne perdant pas de vue la faiblesse du moi et la nécessité de prendre toutes les précautions dont nous avons parlé (Abraham et Federn). Il est vrai que la pratique des électro-chocs permet de résoudre les épisodes aigus, mais sans pour cela éviter les rechutes. D'après Le Mappian les états dépressifs, en évoluant dans le temps, modifient leur structure affective, et même lorsqu'ils sont réactionnaires, deviennent de moins en moins compréhensibles. Kurt Schneider parle de transformation des sentiments psychiques motivés par des faits réels en sentiments vitaux. Nous savons que les crises dépressives sont toujours provoquées par une perte ou une frustration, mais le plus souvent l'élément précipitant est insignifiant en soi mais réveille d'anciennes expériences insupportables. Dans le cas où le seuil de sensibilité est extrêmement bas, conséquence de conditions physio-psychiques dont nous avons parlé ci-dessus, les conditions particulières de la vie réveillent à chaque instant le conflit originel (Rouart). Parfois, sans que le seuil soit très bas, les circonstances sont particulièrement défavorables ; c'est alors que l'on peut voir l'affection se chroniciser dans une forme de dépression qu'on peut qualifier d'existentielle.

La thérapie se propose, pendant les rémissions ou pendant la phase chronique, de renforcer le moi de façon qu'il puisse mieux supporter les agressions exogènes et endogènes (Lebovici). Il est évident qu'une psychothérapie précoce serait souhaitable à chaque fois que les examens cliniques mettent en évidence une structure de type dépressif.

On peut dire que la psychothérapie a réussi lorsque nous observons la disparition des

symptômes névrotiques et des défenses de caractère qui en dehors de ce traitement subsistent toujours, même au cours des périodes de rémission. La littérature cite un certain nombre de succès dûs à la psychothérapie. Abraham en cite six pour son compte et dit que Freud avait obtenu d'excellents résultats chez deux patients. Fromm-Reichmann et collaborateurs rapportent un travail plein d'intérêt à propos de plusieurs déprimés qu'ils ont traités. Il s'agit là d'un travail d'équipe fait par plusieurs psychiatres avec un soin particulier et grâce auquel a pu être mise au point une méthode efficace. Enfin notre expérience limitée nous porte à conclure qu'une thérapie précoce peut donner des résultats brillants en un temps relativement bref. Par contre, dans les cas anciens, la tâche du thérapeute est rendue difficile du fait que la psychose, avec ses résistances, est devenue partie intégrante de la personnalité et assume un aspect endogène, pour utiliser le vocabulaire de la psychiatrie classique. Cependant nous sommes d'avis que la distinction entre psychoses à prévalence réactionnelle ou endogène n'a qu'une importance relative. Même dans les formes appelées endogènes nous pouvons obtenir des résultats remarquables par la psychothérapie, car à travers le transfert et la diminution des tensions il est toujours possible de renforcer le moi et de l'aider à supporter la douleur. Dans ce cas le but essentiel est de transformer la dépression en souffrance, ce qui permet la sublimation. Ainsi la vie retrouve une signification parce que la souffrance est toujours accompagnée de l'objet aimé. La psychothérapie devra toujours tendre à rendre le patient plus apte à supporter les circonstances qui pourraient déclencher des rechutes. Il n'est pas aisé d'établir par avance quels cas auront plus

de chance que d'autres d'être des succès et
l'on peut voir des guérisons spectaculaires,
même chez des patients qui semblaient dans
un état d'une gravité extrême.

CONSIDERATIONS SUR LA PSYCHOCHIRURGIE
CHEZ LES MELANCOLIQUES

-:-

Nous avons vu au cours des pages précédentes, l'importance et la profondeur de l'angoisse qui sous-tend la mélancolie et porte atteinte au narcissisme du sujet. Bien qu'il soit hors de notre propos de développer ici les aspects physiologiques de l'angoisse nous nous permettons de rappeler ce que personne n'ignore, à savoir que l'angoisse suit des voies neurologiques dans ses manifestations, et que, comme tout phénomène vital, celui-ci se déroule sur une base organique. Nous savons, par ailleurs, que les phénomènes psychologiques sont très complexes et dépassent le cadre des autres fonctions physiologiques, et que, de ce fait, il est difficile de leur attribuer des circuits et des localisations spécifiques très précises. Les phénomènes psychologiques doivent être envisagés comme des phénomènes globaux et de ce point de vue nous devons insister sur l'importance de la quantité de cortex qui est responsable du phénomène.

Arieti considère que les premières relations objectales peuvent susciter une angoisse dont le substrat neuronal est à circuit court, empruntant les voies sous-corticales alors qu'au fur et à mesure de la maturation du cerveau, les voies se compliqueront et deviendront à long circuit atteignant l'écorce elle-même. C'est l'angoisse correspondant à ces voies

que le patient éprouve avec une acuité si pénible qu'elle peut devenir insupportable.

Si nous venons de faire ces quelques considérations sur l'aspect physiologique de l'angoisse c'est pour montrer sous quel angle on peut espérer un résultat chez le mélancolique par les procédés de psycho-chirurgie.

Diverses méthodes sont possibles qui visent toutes à mettre hors circuit les aires supposées responsables de l'angoisse. Elles agissent soit directement, soit sur les fibres s'y rendant. De très importants travaux ont été faits dans ce domaine tant du point de vue technique que clinique par Friemann et Watts.

Citons parmi les divers procédés techniques :

- La lobotomie que ces auteurs pratiquent essentiellement de façon bilatérale. Elle se propose d'interrompre les fibres thalamo-frontales venant du noyau dorso-médian et dont le rôle est essentiel dans les phénomènes qui sous-tendent l'anxiété. La lobotomie unilatérale si elle est plus satisfaisante dans la mesure où elle entraîne moins de troubles de la personnalité se voit souvent suivie d'une rechute précoce. Friemann pratique actuellement également la lobotomie trans-orbitaire.

- La topectomie vise à la résection de certaines aires frontales, en général, 9, 10, 46 ; que les travaux de Legros-Clark ont montré être les régions de projection du noyau dorso-médian thalamique. Ce mode d'intervention, pour Le Beau, procure d'excellents résultats chez les déprimés.

- La leucotomie transorbitaire vise, elle, à interrompre les fibres se rendant à ces mêmes aires 9 et 10.

Franck pense que la lobotomie provoque une asymbolie émotive et une hypercathexie des défenses avec rétrécissement des limites du moi. Le moi devient alors assez fort pour contrôler les pulsions.

Cattell signale quant à lui, chez des patients topectomisés, une diminution de l'angoisse avec augmentation du seuil de réactivité aux stimulations angoissantes. Pour Bellak, dans 50 % des cas il y a une diminution de la tension et des affects conséquence de la détérioration des fonctions du moi et du sur-moi.

En fait, dans la majorité des cas, c'est par un artifice que le moi apparaît comme plus fort, car c'est en raison de son rétrécissement conséquence de la détérioration. Ce rétrécissement permet à la "cathexie" selon la théorie de Federn, un investissement des limites du moi qui le protège mieux des traumatismes et des pulsions.

Insistons sur le fait que si les méthodes modernes de psychochirurgie présentent un grand intérêt, elles présentent de graves dangers car l'altération et la détérioration de la personnalité sont fréquentes, il faut donc, selon les conditions énoncées par Friemann et Watts, que l'affection ait résisté à toutes les autres thérapeutiques et, même dans ce cas, ayant toujours à l'esprit les modifications de la dynamique psychique inhérente à l'intervention, il faudra associer la psychothérapie pratiquée aussi bien avant qu'après l'opération. C'est dans cet esprit que Bellak insiste sur la nécessité pour les chirurgiens pratiquant la lobotomie de posséder des connaissances approfondies sur la dynamique psychologique et la psychothérapie.

CONCLUSIONS

-:-

Nous avons étudié dans les pages précédentes la psychose dépressive dans ses aspects phénoménologiques et psychanalytiques, et nous avons vu que le patient mélancolique a besoin de l'appui d'un objet extérieur pour éprouver l'intégrité de son moi et de sa personnalité. Face aux frustrations inévitables de l'existence il se révèle incapable de les supporter. Son seuil de sensibilité en face d'elles est terriblement diminué. Le patient, assez souvent, éprouve une atteinte profonde de son narcissisme. Il réagit par de l'agressivité dirigée d'abord contre l'objet frustrant, et ultérieurement convertie en agressivité retournée contre lui-même. Il évolue continuellement dans un état pénible où les besoins d'amour et de destruction se succèdent, entravant sa liberté intellectuelle comme affective ; en un mot, son moi n'est pas suffisamment fort pour supporter les frustrations et les pulsions agressives.

A la base de cette psychose il existe des conditions physiques et psychiques, mais si nous connaissons relativement bien les traumatismes psychologiques qui favorisent la structuration d'une personnalité vouée à la mélancolie, il est beaucoup plus difficile d'établir quels sont les éléments physiques prédisposant à cette psychose. Les études anatomo-pathologiques ne donnent que très peu d'indications dans ce domaine. En fait,

nous l'avons dit, les auteurs sont d'accord pour parler d'une prédisposition à la psychose dont la base anatomique n'est pas spécifique. Il s'agirait simplement d'une organisation défectueuse des fonctions cérébrales dans un sens global ; celle-ci conditionnant une faiblesse du moi. C'est sur cette base constitutionnelle que viennent agir les premières relations d'objet, déterminant selon leur nature, un type particulier de psychose.

Vous avons vu, par ailleurs, à travers la littérature, une certaine unanimité, quant au fait que le mélancolique a eu une bonne relation d'objet pendant les premiers mois de sa vie et que, par contre, il a été mal supporté ultérieurement par sa mère au moment du sevrage. Le mélancolique vit donc dans un état de perte de l'objet qui ressemble par de nombreux aspects au deuil normal dans sa première phase.

Après cette étude préliminaire, nous avons envisagé le problème de la psychothérapie proprement dit.

Etant donné que nous nous trouvons avec ces malades en face d'une faiblesse du moi notre psychothérapie doit viser avant tout à avoir une action de soutien. Le premier rôle du thérapeute est d'aider le patient à supporter ses pulsions, et ce n'est que dans un second temps que l'on pourra pratiquer une psychanalyse classique. Fréquemment, il y aura intérêt à associer la psychothérapie à des thérapies physiques telle la sismothérapie.

Dans un dernier paragraphe nous avons vu que lorsque la mélancolie tend à se chroniciser et que l'angoisse et les pulsions agressives sont particulièrement marquées, il devient très difficile de modifier la structure de la psychose. Dans ces cas la psycho-chirurgie

peut présenter un intérêt très réel. Elle vise à diminuer l'angoisse et le courant de pulsions reçues par le cortex, il semble que l'intervention la plus favorable soit la lobotomie bilatérale.

Quoi qu'il en soit la psychochirurgie ne fait pas disparaître les causes de la maladie mais favorise, dans ses meilleurs cas, un nouvel équilibre dynamique qui doit être étayé par la psychothérapie.

EN RESUME, nous avons vu les possibilités et les espoirs qu'offre la psychothérapie qui nous apporte un procédé curatif de choix parmi ceux que nous offraient déjà la médecine et la chirurgie. Néanmoins, dans ce domaine, il existera toujours un élément impondérable dû à la rencontre plus ou moins heureuse de la personnalité du patient et de celle du thérapeute.

--

Vu :

Vu :

Le Président :

Le Doyen :

signé : J. BAUMANN

signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

signé : Jean SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

ABRAHAM K.

Selected papers on psycho-analysis -
Hogart Press London 1949

ARIETI S.

Interpretation of Schizophrenia
New York 1951

ARNOT R., SALOMON H., GREENBLATT M.

Studies on lobotomy
N.Y. 1950

AUBRY J.

Les formes graves de carence de soins
maternels
L'Evol.Psychiat. 1955 I° I

BARUK H.

Psychiatrie morale expérimentale.
PUF Paris 1945

BELLAK L.

Manic-Depressive Psychosis - N.Y. 1952

BOWLBY G.

cité par Racamier

BROWN J., MENNINGER K.

The psychodynamic of abnormal behavior
N.Y. 1940

BYCHOWSKI G.

Psychotherapy of Psychosis
N.Y. 1952

CAMPBELL J.

Manic-Depressive Disease
Philadelphia 1953

CATTEL J.

A psychodynamic study of topectomy
patients
Am.J.Psychiatr. 106: 373-377 1949

EY H.

Etudes psychiatriques
T. III Paris 1954

FEDERN P.

Ego Psychology and the Psychoses
London 1953

FENICHEL O.

La Théorie Psychanalytique des névroses
P.U.F. 1953

FRANK J.

cité par Bellak

FROMM-REICHMANN F.

Intensive Psychotherapy of Manic-De-
pressives
Confinia Neurologica IX 3/4 1949

FROMM-REICHMANN F., BLAKE COHEN M.

An intensive study of twelve cases of
Manic-depressive Psychosis
Psychiatry 17 1954 p. 103

FREEMAN W. a. WATTS J.

Psychosurgery
Springfield C.C.Thomas 1942

GERO G.

The Construction of Depression
Intern.J. of Psychoanalysis 1936 17
p. 423

HESNARD A.

L'Univers morbide de la faute.
P.U.F. Paris 1949

HESNARD A.

Morale sans péché
P.U.F. Paris 1954

HOCH P.

Theoretical aspects of frontal lobotomy
a. similar brain operations
Am.J.Psychiatry 106:448-453 1950

JACOBSON

cité par Bellak

KLEIN M.

Contributions to Psycho-analysis
Hogart Press London 1950

KURT SCHNEIDER

cité par Le Mappian

LEBOVICI S.

Contribution psychanalytique à la com-
préhension et au traitement de la mélan-
colie
L'Evolution Psychiatrique 1955 III 502

LE MAPPIAN M.

Aspect clinique des états dépressifs
L'Encéphale 1949 38° 220.

LHERMITTE G.

Une vie nouvelle de l'anatomo-physiologie
cérébrale
L'Encéphale 1953 42° 509

LITVAK A.

Contribution à l'étude des facteurs
acquis dans l'étiologie de la psychose
maniaco-dépressive
L'Encéphale 1949 38° 338.

MALLET J.

La dépression névrotique
L'Evol.Psychiat. 1955 3° 483

NOYES A.

Modern Clinical Psychiatry
Philadelphia 1949

RACAMIER P.

A propos de trois ouvrages sur les con-
ditions premières du développement de la
personnalité
L'Evolution Psychiat. 1953 2° 283

RADO S.

Psychodynamics of depression from the
etiologic point of view
Excerpta Medica, sez. VIII 1951 4266
p. 978

ROI G.

Analisi fenomenologica dell'assurdo schizo-
frenico nei rapporti col surreale dell'
arte
Archivio di psicologia neurologia e
psichiatria sept. oct. 1953

ROUART J.

Dépressions et problèmes de psychopatho-
logie générale
L'Evolution Psychiatrique 1955 3° 459

SADLER W.

Practice of psychiatry
St Louis 1953

SOMMER A.

Analogies et différences des états
maniaques et mélancoliques
L'Evolution Psychiatrique 1949 p. 241

SPITZ R.

The analytic depression
In the psychoanalytic study of the
child 1946 vol. 2°

